

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Turma 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde  
Nordelândia, Natal- RN**

**João Igor de Paiva Cabral**

**Natal, 2014**

**João Igor de Paiva Cabral**

**Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde  
Nordelândia, Natal - RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família– modalidade à distância - da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da família.

Orientadora: Andressa de Andrade

Natal, 2014.

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

C117a Cabral, João Igor de Paiva

Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Nordelândia, Natal - RN / João Igor de Paiva Cabral; Andressa de Andrade, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

58 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Andrade, Andressa de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha família, que  
está ao meu lado em todos os momentos  
apoiando meus projetos profissionais.

## Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na USF Nordelândia - Natal, RN, 2013. Total de 109 usuários. ....	34
Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na USF Nordelândia - Natal, RN, 2013. Total de 79 usuários .....	34
Figura 3 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia faltosos à consulta com busca ativa – Natal, RN, 2013.....	35
Figura 4 - Proporção de diabéticos da USF Nordelândia faltosos à consulta com busca ativa Natal, RN, 2013.....	36
Figura 5 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo - Natal, RN, 2013.....	37
Figura 6 - Proporção de diabéticos da USF Nordelândia com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo - Natal, RN, 2013. ....	37
Figura 7 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com exames complementares em dia - Natal, RN, 2013. ....	38
Figura 8 - Proporção de diabéticos da USF Nordelândia com exames complementares em dia - Natal, RN, 2013. ....	38
Figura 9 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com registro adequado de acompanhamento - Natal, RN, 2013. ....	40
Figura 10 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com avaliação clínica de estratificação para risco cardiovascular - Natal, RN, 2013.....	40
Figura 11 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Nordelândia - Natal 2013 .....	42
Figura 12- Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física - regular na USF Nordelândia- Natal, RN, 2013.....	42
Figura 13- Proporção de hipertensos da USF Nordelândia que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo - Natal, RN, 2013. ....	43

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CA	Câncer
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UnASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1 Análise Situacional .....	8
1.1 Qual a situação da APS/ESF? .....	8
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	
122	
2 Análise Estratégica.....	144
2.1 Justificativa.....	144
2.2 Objetivos e Metas.....	155
2.2.1 Objetivo Geral .....	155
2.2.2 Objetivos Específicos .....	155
2.2.3 Metas.....	155
2.3 Metodologia.....	177
2.3.1 Ações e detalhamento.....	177
2.3.2 Indicadores.....	222
2.3.3 Logística .....	266
2.4 Cronograma .....	28
3 Relatório da Intervenção .....	299
3.1 Ações previstas no projeto que foram realizadas .....	299
3.2 Ações propostas no projeto que não foram desenvolvidas .....	311
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados .....	311
3.4 Análise da viabilidade de incorporação da intervenção a rotina do serviço ....	322
4 Avaliação da Intervenção .....	333
4.1 Resultados .....	333
4.2 Discussão.....	433
4.3 Relatório para os gestores .....	477
4.4 Relatório para a comunidade .....	499
5 Reflexão Crítica Sobre o Processo de Aprendizagem .....	511
Referências .....	522
Anexos .....	533

## Resumo

CABRAL, João Igor de Paiva. **Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Nordelândia, Natal - RN**. 2014. 58f. Trabalho Acadêmico (Especialização) Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A unidade básica de saúde de Nordelândia está situada na zona norte de Natal/RN, mais precisamente no bairro de Nova Natal, na comunidade de Boa Esperança, onde se constata uma grande população de diabéticos e hipertensos. A partir da evidência desta problemática, foi construído um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com base no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde e com vistas à otimização do processo de trabalho pela equipe responsável. Buscou-se promover uma atenção primária de qualidade, prevenindo e reduzindo a morbimortalidade e as comorbidades. O projeto foi realizado durante 12 semanas, no período de 27 de setembro a 13 de dezembro de 2013 e contou com a participação da equipe da estratégia de saúde da família da área 44. Foram previstas ações nos eixos de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o controle dos registros utilizou-se da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, ambas fornecidas pela Especialização em Saúde da Família da UFPEL. No decorrer do trabalho desenvolvido foram encontradas algumas dificuldades no tocante ao contingente de funcionários como, por exemplo, a não participação do dentista e do tempo reduzido de ajuda da enfermagem, além de outros problemas técnicos, fazendo com que não fosse atingida a meta inicial de cobertura de 40% e 50% para hipertensos e diabéticos respectivamente. Foram obtidos um total de cobertura durante a intervenção de 17% dos hipertensos (122) e 42% dos diabéticos (73). A intervenção conseguiu a partir da captação de dados atuais dos hipertensos e diabéticos, implantar um padrão de consultas com maior tempo, exame físico adequado, com a solicitação de exames, além de garantir orientação para uma vida saudável. As ações desenvolvidas certamente irão auxiliar na diminuição da morbimortalidade das patologias a médio e longo prazo, a partir da mudança comportamental relacionada à atividade física, alimentação saudável e cessação do tabagismo.

**Palavras-chave:** saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus; atenção primária à saúde.



## **Apresentação**

Este volume trata da descrição do Projeto de Intervenção sobre Atenção à Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Nordelândia, Natal/RN. O volume está organizado em cinco capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional fornece informações sobre o município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho. O Capítulo 2 – Análise Estratégica trata de como o Projeto de intervenção foi elaborado, detalhando objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção fornece ao leitor informações sobre como se deu a intervenção ao longo das 12 semanas, descrevendo as ações que foram executadas ou não, suas facilidades e dificuldades, bem como a viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção descreve os resultados obtidos ao longo do Projeto e inclui os relatórios de intervenção para o gestor e para a comunidade. Por fim, o Capítulo 5 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem traz ao leitor a impressão do autor sobre a Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e também sua opinião sobre o Projeto de Intervenção implantado na unidade de saúde.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Qual a situação da APS/ESF?**

Está localizado na cidade de Natal no bairro de Nova Natal, na comunidade de Boa Esperança, zona norte de Natal, região metropolitana. Natal tem uma população de 803,811 habitantes (IBGE, 2010), e conta com 37 estratégias de saúde da família (ESF) e 18 unidades básicas de saúde (UBS). Somente 30,81% da população tem acesso a estratégia de saúde da família. A UBS em análise contém duas ESFs para uma população de quase 3000 famílias.

As equipes são compostas por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um médico, uma enfermeira, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um dentista. Existe uma equipe completa, a outra equipe está sem enfermeira e faltam dois agentes de saúde. A situação desta unidade é bastante precária. Falta o profissional arquivista, para organizar os prontuários que são necessários para o atendimento médico e de enfermagem, fazendo com que desloquemos alguns ACS em desvio de função para esse serviço. Faltam salas suficientes para os atendimentos, e a cadeira do dentista esta quebrada há cerca de oito meses.

A unidade hoje possui água encanada, mas passou por um período de cinco meses sem este serviço. Hoje a situação da estrutura física está um pouco melhor, porém vazamentos nas paredes ainda podem ser percebidos. A unidade funciona em uma casa alugada e adaptada para atender a população. Não se tem profissional para fazer uma triagem de chegada, nem acolhimento, fazendo com que gere um tumulto todos os dias para a pessoa responsável pelos prontuários e também oprimindo muito a demanda espontânea que é grande.

Todas as salas possuem condicionadores de ar. A farmácia funciona bem, e a vacinação também, tudo isso graças aos funcionários que estão trabalhando para não deixar de atender a população carente.

A população de Nordelândia é bastante necessitada, caracterizada também por muita violência e drogadição. A grande maioria da população tem baixo nível escolar e moradia, assim contribuindo para um baixo nível de noções básicas de higiene. Somente uma pequena parcela da população tem melhores condições de renda e consegue ter melhores moradias e demonstra melhor grau de educação e higiene. Os índices de violência são bastante elevados, e quase todos os dias ouve-

se notícias de assaltos, mortes e execuções. O posto de saúde ainda não sofreu nenhum tipo de violência. A prefeitura atualmente está tentando melhorar a situação deixada pela gestão passada, devido a falta de assistência na gestão anterior.

Cerca de 20 a 25 pacientes por turno são atendidos; a divisão é realizada em dias, faixa etária e sexo, como a saúde da mulher, onde é feito coleta de material para citologia oncótica e orientação quanto a métodos anticoncepcionais; além disso, ocorre o atendimento pré-natal e puerpério, saúde da criança e saúde do homem tentando forçar a população masculina a procurar mais o posto de saúde. Existe ainda o HIPERDIA, onde ocorrem os atendimentos a demanda de hipertensos e diabéticos desta área.

De uma forma geral a unidade esta se adaptando a nova gestão da cidade e todos estão tentando trabalhar com o que é disponível para o trabalho. Espera-se que a ajuda prometida chegue logo ao posto.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Natal tem uma população de 803,811 habitantes (IBGE, 2010), e conta com 37 estratégias de saúde da família (ESF) e 18 unidades básicas de saúde (UBS). Somente 30,81% da população é coberta pela estratégia de saúde da família. A unidade de saúde de Nordelândia fica localizada na Zona norte de Natal/RN, no bairro de Nova Natal, na comunidade de Boa Esperança, contando com 11 (onze) anos de existência. São duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsáveis pelos cuidados de uma população de aproximadamente doze mil e quinhentas pessoas (CENSO, 2010), população essa em que já caberia uma terceira equipe de saúde da família.

A equipe 44 (quarenta e quatro), que atuará para o desenvolvimento do presente trabalho, conta com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), à qual foi dada a incumbência dos cuidados a um total de, aproximadamente, 5.350 (cinco mil trezentos e cinquenta) usuários, formados por uma maioria de pacientes idosos ou adultos, em sua maior parte, já portadores de patologias como a Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus.

Verificou-se que a grande demanda de usuários era assistida de forma desorganizada, onde os cuidados mais apropriados e os seus cadastramentos não eram feitos de forma correta e satisfatória. O posto de saúde, por não contar com o profissional arquivista, deixa a desejar no quesito organização, no tocante aos prontuários bem como demais registros dos pacientes. Do mesmo modo, percebeu-se uma precariedade de recursos na unidade para adequação do local e recursos mínimos de trabalho, tais como, a necessidade de melhor estruturação do ambiente físico, materiais de insumo, equipamentos, medicamentos e recursos humanos suficientes para suprir a demanda de atendimentos.

A unidade de saúde de Nordelândia possui sua estrutura física montada em uma casa alugada e adaptada para tal, contendo dois consultórios médicos, duas salas de enfermagem, um consultório odontológico, uma copa e uma pequena casa acoplada, onde fica a sala dos agentes comunitários de saúde. Infelizmente a estrutura não está 100% correta para o atendimento da população, porém vejo que consegue ser melhor do que muitos postos desta mesma região de Natal.

O setor saúde do município encontra-se em uma situação precária, passando por adaptações, fechamento de algumas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma vez que o município passa por um processo de mudança de gestão. Os Hospitais de referência estão completamente sucateados e sempre superlotados, fazendo com que os postos de saúde sejam a saída pra resolver grande parte de problemas que não seriam de responsabilidade das UBS. Nossa unidade possui hoje um número mínimo de 200 atendimentos por semana somando todos os seguimentos.

Os programas de atendimento à população da unidade de saúde de Nordelândia tentam contemplar a maioria das áreas com sua agenda; a saúde da criança ocupa um dia inteiro na agenda do posto, sendo o atendimento realizado por meio de consultas ambulatoriais, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e cumprimento do programa de imunização, sendo o atendimento realizado tanto pelo médico da área descrita, como também pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. A saúde da criança conta no momento com uma cobertura de 130 crianças no total, de acordo com prontuários e livros de registro.

A população esta situada em uma área crítica (drogas e violência), o que também não favorece a saúde mental, principalmente das crianças e adolescentes.

Não existe nenhum centro de atenção psicossocial (CAPS) álcool e drogas e, desta forma, toda a zona norte de natal sofre quando é necessário encaminhar pacientes com patologias psíquicas, usuários de drogas e dependentes de benzodiazepínicos, que somam uma grande fatia da população da área.

A saúde da mulher também é um dos programas mais importantes do cenário da porta de entrada da saúde pública, representada pela unidade básica de saúde. Na UBS de Nordelândia, o pré-natal conta com seis atendimentos diários e com quinze atendimentos somente para mulheres, variando entre puerpério, ambulatorial, coleta de exame Papanicolau e orientação para câncer (CA) de mama. A cobertura prévia da unidade em relação à pré-natal e puerpério era de 160 mulheres com pesquisa para câncer de mama e com mamografia, e um número de 144 mulheres com pesquisa para câncer de colo do útero de um total de 899 mulheres, de acordo com o livro de registro de 2012, da unidade básica de saúde.

A equipe de saúde da unidade tentou reservar um dia em que a prioridade dos atendimentos fosse direcionada a saúde do homem, programando um determinado número de consultas somente para eles, em um turno inteiro de atendimento. Percebeu-se que a demanda sempre era atropelada por outras áreas de maior procura, fato este que evidenciou que muitos homens deixam sempre a saúde como último plano em suas vidas e que quando procuram ajuda médica, já possuem alguma enfermidade em estágio mais avançado. Foi observado que há necessidade de maior conscientização no sentido da prevenção e promoção da saúde.

Nessa unidade também é trabalhado com o HIPERDIA, programa que têm o objetivo de tratar e acompanhar a população de diabéticos e hipertensos desta área. A grande maioria dos usuários desse programa é composta por idosos, e desta forma é trabalhado a saúde do idoso junto a esse grupo. O HIPERDIA juntamente com o grupo de idosos, não se baseia somente nas consultas ambulatoriais e na renovação de receitas; são programadas reuniões com temas propostos a cada 15 dias, procurando ajudar na máxima compreensão dessas enfermidades e conseguir levar mais informação para esse grupo, tratando de maneira mais eficaz do que somente a medicamentosa. Ocorrem reuniões sobre alimentação saudável, atividade física, drogas ilícitas e também muita orientação antitabagismo, já que representa um grande passo para muitos deles o abandono do hábito de fumar.

Estima-se ter aproximadamente 729 pacientes hipertensos e 208 diabéticos nesta área. Encontra-se nos registros da unidade o cadastramento de 640 hipertensos e 163 diabéticos. Para estes pacientes existe apenas a facilidade de coleta de exames laboratoriais pelo laboratório central, porém enfrentam-se muitas outras dificuldades. Foi observado durante a análise situacional que, considerando esta imensa demanda de população, há a necessidade de organização dos atendimentos, dos registros, aprimoramento e qualificação da prática clínica da equipe, objetivando cuidados mais intensivos direcionados a este público-alvo.

Com o relatório da análise situacional direcionado para esta unidade e a constatação de que Hipertensão e Diabetes caracterizam dois problemas de saúde de alcance mundial, a intervenção será desenvolvida considerando esta temática. A necessidade e importância de escolha por esta ação programática baseiam-se no fato de que grande parte da população da área adscrita é formada por idosos, essencialmente hipertensos e/ou diabéticos.

O desenvolvimento, complicações e a morbidade dessas doenças requerem um acompanhamento multidisciplinar, material adequado e medicações. Infelizmente, existe a carência de materiais, como falta de fitas para HGT, tensiômetro adequado para pacientes obesos ou emagrecidos, medicação na própria farmácia da UBS (sempre em falta), espaço físico adequado para realização de reuniões em grupo, falta de profissionais como dentista e técnico de enfermagem, entre outros, sem mencionar a falta até mesmo dos papéis para prescrições, solicitações e anotações.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O relatório da análise situacional permitiu evidenciar de forma mais clara que a UBS de Nordelândia apresenta atualmente muitas dificuldades em quase todos os aspectos. Como citado anteriormente, a estrutura física é insuficiente para suportar a demanda de usuários que já utiliza a unidade. Seria necessário mais uma equipe de saúde da família e estrutura física adequada, pois faltam consultórios e, além disso, materiais e equipamentos. A unidade está situada em uma área crítica (drogas e violência) que também não favorece a saúde mental da população, principalmente as crianças e adolescentes.

Todos os elementos visualizados no relatório permitirão a construção de uma proposta de intervenção que dê conta de atender e qualificar a atenção de uma parcela desta população, no caso hipertensos e diabéticos.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

O perfil brasileiro de doenças crônico-degenerativas que resultam em morbimortalidade está em crescimento constante. A população mais acometida ainda é a classe de baixa renda (BRASIL, 2006). Todas as classes sociais do Brasil estão envelhecendo, sendo que as camadas menos abastadas possuem uma precária informação e péssima estrutura de saúde ao seu dispor.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, são, sem dúvida, as patologias mais comuns e acometem a maioria da população sem diferenciação social; as unidades básicas de saúde hoje não conseguem tratar destas enfermidades de forma correta, não fornecendo a atenção necessária para essas patologias. Pensando nisso, definiu-se o foco de intervenção na área de Hipertensão e Diabetes a fim de melhorar a adesão dos usuários e seus respectivos tratamentos, garantindo maior assistência e informação, e prestando um serviço de qualidade a esta população.

Na UBS de Nordelândia, com toda certeza, a maior demanda é de pacientes idosos e com diagnóstico de Hipertensão e/ou Diabetes. Para o programa HIPERDIA, a procura é significativamente maior do que para os demais atendimentos. Tem-se hoje registrados cerca de 640 hipertensos e 160 diabéticos e estima-se que este número seja ainda maior. O objetivo é otimizar a maior quantidade de atendimentos eficazes possível, procurando trazer os pacientes tanto já diagnosticados, como os ainda em definição, para a unidade de saúde, possibilitando o fornecimento das informações necessárias diante das enfermidades e esclarecendo que o tratamento não se resume a simples tomada de medicamentos.

Consciente de uma grande demanda e de um sistema de capacitação de dados bastante falho, direcionado hoje em dia, somente ao preenchimento dos prontuários e no máximo ao cartão dos idosos, deve-se incentivar a criação de outro sistema com o objetivo de melhorar o controle das medicações receitadas, acompanhamento clínico, adesão ao programa, controle níveis pressóricos e glicêmicos. Além disso, busca-se maior eficácia no tratamento dessa faixa etária da população.



Uma intervenção bem feita e com continuidade nesse âmbito permitirá que mais casos recebam acompanhamento adequado e evitará que as complicações inerentes a essas patologias aconteçam em grande número, como se observa atualmente. A população se beneficiará com a melhoria das condições de saúde e aumento da expectativa de vida e o serviço se beneficiará com menos casos graves precisando de internação hospitalar ou encaminhamentos de alta complexidade.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS de Nordelândia, zona norte de Natal-RN.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- 1- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;
- 2- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
- 3- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
- 4- Melhorar o registro das informações;
- 5- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- 6- Promoção da saúde.

### **2.2.3 Metas**

Em relação ao objetivo 1 - ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos:

1.1 Cadastrar 40% (quarenta por cento) dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.2 Cadastrar 50% (cinquenta por cento) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação ao objetivo 2 - Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

2.1 Buscar 100% (cem por cento) dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

2.2 Buscar 100% (cem por cento) dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação ao objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

3.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% (cem por cento) dos hipertensos;

3.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% (cem por cento) dos diabéticos;

3.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

3.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

3.5 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

3.6 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

4.1 Manter ficha de acompanhamento a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

4.2 Manter ficha de acompanhamento a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo 6 - Promoção da saúde:

6.1 Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos do programa;

6.2 Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos do programa;

6.3 Garantir orientação nutricional 100% dos hipertensos do programa;

6.4 Garantir orientação nutricional 100% dos diabéticos do programa;

6.5 Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos do programa;

6.6 Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos do programa;

6.7 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos do programa;

6.8 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos do programa.

## **2.3 Metodologia**

Os atendimentos ao hipertenso e ao diabético serão realizados embasados nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006). A análise será baseada na vivência da unidade básica de saúde de Nordelândia, localizada na Zona norte de Natal/RN, no bairro de Nova Natal. A intervenção iniciará em novembro de 2013, devendo ser finalizada em um período de 12 (doze) semanas.

### **2.3.1 Ações e detalhamento**

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Organização e Gestão de Serviço: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Garantir o

registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. Garantir material.

**Engajamento Público:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Qualificação da Prática Clínica:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

## 2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

**Monitoramento e Avaliação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Organização e Gestão do Serviço:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Engajamento Público:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Qualificação da Prática Clínica:** Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

**Monitoramento e Avaliação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos. Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Organização e Gestão de Serviço:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes Diabéticos. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Engajamento Público:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso

aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Qualificação da Prática Clínica:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

#### 4. Melhorar o Registro das Informações:

**Monitoramento e Avaliação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Organização e Gestão de Serviços:** Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Engajamento Público:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Qualificação da Prática Clínica:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

#### 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e Gestão de Serviços: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés (esta última no caso dos diabéticos). Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

## 6. Promoção a Saúde

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e dos diabéticos com o dentista. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e aos diabéticos.

Organização e Gestão de Serviços: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Engajamento Público:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Qualificação na Prática Clínica:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

### **2.3.2 Indicadores**

Em relação ao objetivo específico1:

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

**Numerador:** número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

**Numerador:** número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.



Em relação ao objetivo específico 2:

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos faltosos à consulta clínica com busca ativa.

Numerador: número de hipertensos faltosos à consulta clínica com busca ativa.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas clínicas.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos faltosos à consulta clínica com busca ativa.

Numerador: número de diabéticos faltosos à consulta clínica com busca ativa.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas clínicas.

Em relação ao objetivo específico 3:

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com prescrição de medicamentos.

Indicador 3.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com prescrição de medicamentos.

Em relação ao objetivo específico 4:

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo específico 5:

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo específico 6:

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: número de hipertensos na unidade com avaliação odontológica.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: número de hipertensos na unidade com avaliação odontológica.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação nutricional.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação nutricional.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação nutricional.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação nutricional.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientações sobre o risco do tabagismo.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientações sobre o risco do tabagismo.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos:

O objetivo inicial da intervenção é a cobertura de pelo menos 50 e 40% da população diabética e hipertensa respectivamente, de forma organizada e estratégica. Durante a intervenção serão cadastrados todos os pacientes que chegarem por demanda livre, serão integrados pelos agentes de saúde todos os pacientes portadores de tais morbidades, e recadastrados todos os pacientes anteriormente cadastrados e que apresentem dados desatualizados. A busca ativa não se limitará apenas nos pacientes com diagnóstico fechado, mas também abrangerá pacientes de risco, através das consultas médicas mais detalhadas, mutirões de aferição da pressão arterial e agendamento de consultas de pacientes de risco.

Ocorrera a implantação de uma ficha cadastral para a coleta de dados importantes que permitam tanto o acompanhamento das medicações em uso, pressão arterial, glicemia, exames laboratoriais e consultas com especialistas, onde os agentes de saúde serão treinados a realizar uma "pré-consulta" e coletar dados desses pacientes, caso seja necessário em alguma visita domiciliar.

Será dada continuidade as reuniões em grupo com hipertensos e diabéticos onde serão ministradas palestras educativas acerca da importância da prevenção das complicações da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus, além disso, os agentes de saúde serão também educados para que possam orientar os usuários.

Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa:

Para melhor adesão, os pacientes terão as consultas agendadas pelos agentes comunitários de saúde e enfermeiro, de acordo com a necessidade (com parâmetros para risco cardiovascular, fragilidades, entre outros).

Os pacientes faltosos serão acompanhados pelos agentes de saúde onde irão indagar o porque do não comparecimento à consulta, assim como orientar a importância da mesma, mesmo que o paciente não apresente queixas no momento. Os dados e os agendamentos serão periódicos e registrados na própria ficha espelho.

Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

Ocorrerá a reformulação também dos atendimentos, para melhorá-los e qualificá-los, no entanto, serão padronizados e registrados em uma ficha cadastral (ficha espelho) onde contará com dados como exame físico, resultados dos exames, queixas, medicações em uso, entre outros. Os dados permitirão a avaliação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham e exame físico padronizado para busca de complicações das morbidades, como pé diabético, lesão renal, lesão ocular, entre outros.

Serão realizadas capacitações junto aos agentes de saúde para orientar os pacientes quanto ao uso de calçados adequados, a importância da dieta hipossódica, alimentação saudável, atividade física regular, entre outros.

O protocolo de atendimento ao hipertenso e diabético será seguido baseado nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2006).

Melhorar o registro das informações:

Para melhorar os registros, os dados serão anotados tanto na ficha espelho do paciente assim como em um livro de registros, que terá a enfermeira da equipe como responsável. O paciente ficará consigo com um cartão onde será registrado dados como pressões arteriais aferidas em consultas anteriores, glicemias capilares anteriores, peso e medicações em uso.

Promoção da saúde:

A população terá aumento da promoção da saúde, pois o grande foco da intervenção será enfatizar na educação e informação. Junto com a enfermagem e odontologia serão realizadas palestras e atividades sobre qualidade de vida, saúde bucal, prática de atividade física, orientação nutricional, entre demais assuntos até sugeridos pela população. Será organizado o retorno da caminhada dos idosos que hoje já não existe mais no posto e ocorrerá o desenvolvimento de idéias para mais programas a serem realizados para com a população.



### **3 Relatório da Intervenção**

Durante as doze semanas em que ocorreu o trabalho de desenvolvimento do projeto de intervenção “Melhorias no Programa HIPERDIA na unidade básica de saúde das Nordelândia” diversas mudanças como também frustrações estiveram presentes. O projeto na verdade já foi idealizado desde o início do ano. Desde quando se soube que deveria realizar um projeto de intervenção na unidade, percebeu-se a necessidade de melhorar a cobertura dos hipertensos e diabéticos da área, somente ficando um pouco balanceado com o projeto antitabagismo, mas que seria inviável no momento. Grande parte da população desta área é vítima de complicações decorrentes dessas comorbidades que felizmente são preveníveis oferecendo atenção primária de qualidade.

O principal objetivo da intervenção foi a ampliação de (pelo menos) 40% da cobertura dos pacientes hipertensos e (pelo menos) 50% dos diabéticos, de um total de 729 hipertensos e 208 diabéticos, assim como exame clínico, acompanhamento e orientações de acordo com o Caderno de atenção básica sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram realizadas**

Durante a primeira semana foi realizada a capacitação dos ACS para que o cadastramento dos pacientes ocorresse com maior eficiência. Dos cinco ACS somente três se engajaram em fazer o trabalho de maneira bem feita, e um destes praticamente se negou a realizar o trabalho, por pensar que seria mais um trabalho e que não traria resultados. Além do cadastramento os ACS foram orientados quanto à importância da participação das reuniões em grupo com os pacientes hipertensos/diabéticos e das orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e cessação do tabagismo. Apesar de a capacitação ter sido realizada com todos os agentes de saúde, apenas um realmente não se engajou e acabou atrapalhando o andamento da proposta durante algumas semanas.

O cadastramento dos pacientes foi realizado durante as 12 semanas, nas consultas de HIPERDIA. A enfermeira ficou com dificuldade de ajudar devido à falta de estrutura física do posto, onde ela tinha que dividir o consultório em dias

alternados, sem contar que durante muito tempo só havia uma enfermeira para as duas áreas, ficando com o médico a quase totalidade dos cadastramentos do programa. Acredita-se que a atenção ao HIPERDIA deveria ser encarada com o máximo de engajamento da equipe, com o objetivo de melhorar e aumentar o número de atendimentos para esta demanda.

O exame clínico foi realizado durante as consultas com o médico. Durante os exames foram observadas a sensibilidade dos pacientes diabéticos, realizada palpação de pulsos pediosos, poplíteos e feito a estratificação de risco cardiovascular, além de orientação quanto a atividade física, alimentação saudável e antitabagismo.

Os exames complementares da unidade e da zona norte de Natal, sempre contaram com uma agilidade bem aceitável, dando um prazo de uma semana para a entrega dos resultados, assim como auxiliados pelos laboratórios privados que por saber da realidade financeira da população estipulam preços onde muitos podem pagar. Esta prática facilita o andamento dos registros dos exames e minimiza a falta de glicosímetros solicitados para a intervenção.

Em função do programa da farmácia popular, onde as receitas são válidas para a retirada de medicamentos por três meses, os usuários adotaram a prática de retornar ao consultório sempre nesse período, ultrapassando o número de consultas previstas pelo MS, que seriam duas ao ano e quando tivesse exacerbação dos sintomas. Esta prática permite um melhor acompanhamento, pois a cada três meses temos o retorno dos mesmos. A busca ativa foi realizada para aqueles pacientes faltosos. De acordo com a planilha, foi realizada busca ativa de 67% (16) dos hipertensos e 34% (5) dos diabéticos faltosos. Parte dos usuários tem acompanhamento com médico particular ou por plano de saúde popular e por isso não vem à consulta. A unidade está buscando uma forma de acompanhar e trazer estes pacientes para a unidade.

As reuniões mensais foram realizadas em outro local fora da UBS, devido à falta de estrutura suficiente. A biblioteca nos cedeu espaço, onde tivemos uma reunião sobre a tomada de medicação em horário correto e a prevenção do remodelamento cardíaco. A segunda reunião foi feita no próprio posto, com ajuda dos ACS, onde falamos sobre alimentação saudável e atividade física. Além das orientações, mudamos os lanches oferecidos para propostas mais saudáveis como salada de frutas, sucos de frutas e iogurte, ao invés de bolos e refrigerante.



### **3.2 Ações propostas no projeto que não foram desenvolvidas**

A principal dificuldade enfrentada com relação às ações propostas foi à cobertura odontológica. Infelizmente desde o início do ano ocorre a falta de dentista por problemas estruturais. A questão odontológica ficou difícil porque já estava sem funcionar a mais de dez meses, e com a volta dos atendimentos no período da intervenção, já havia muita demanda reprimida. Infelizmente está chegando o final do ano com praticamente quase nenhuma consulta de odontologia no programa. Outra dificuldade foi à falta de materiais e recursos. Como já mencionado anteriormente, a falta do espaço físico adequado dificulta as reuniões mensais, faltam ainda materiais como glicosímetro, tensiômetro apropriado para pacientes obesos ou emagrecidos e até mesmo medicamentos.

Infelizmente não foi atingida a meta proposta de cobertura e cadastramento dos pacientes hipertensos/diabéticos, com uma proporção de 17% de hipertensos, (43 usuários) e 42% dos usuários diabéticos (20 diabéticos), sendo 59 usuários portadores das duas patologias. O motivo de não atingirmos as metas propostas já foram citados.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados**

Não houve dificuldade no preenchimento das fichas espelho, porém durante quase toda a intervenção somente o médico da área 44 estava responsável. Inicialmente os agentes comunitários de saúde e a enfermagem não queriam ficar responsáveis por esta tarefa, pois já possuíam trabalhos reprimidos no posto e com o grande número de famílias ficava difícil encontrar mais um tempo para tal atividade.

Foi orientado depois de várias semanas que os agentes pegassem as fichas espelho e fossem iniciando o preenchimento, com informações mais simples, como peso, idade, pressão arterial e até mesmo medicações em uso que ainda não haviam sido anotados em consultas anteriores. Este sistema me ajudou a ganhar tempo em relação às consultas, para que o exame clínico pudesse ser mais detalhado e anotado em prontuário.

### **3.4 Análise da viabilidade de incorporação da intervenção a rotina do serviço**

Como o fechamento da intervenção se deu no curto período de 12 semanas, ficou proposta a continuidade do cadastramento, as reuniões mensais em grupo e o retorno do paciente em no máximo 3 meses, se necessário (dependendo do risco e para a renovação das receitas médicas), com retorno em 1 ou 2 meses para a enfermeira buscando a revisão do controle da pressão arterial e glicemia que, quando necessário, deverá encaminhar o paciente ao médico. Após o cadastramento e as consultas, os pacientes voltam a frequência normal de consultas estabelecida pelo ministério da saúde, de 2 consultas ao ano com intervalo de 6 meses. Foram mantidos o caderno de cadastramento da unidade e as fichas espelho que serão anexadas ao prontuário do paciente, assim o mesmo poderá ser acompanhado pelo próximo médico ou pela enfermeira com maior facilidade.

A intervenção já foi bem incorporada na rotina da unidade. As segundas feiras são dias específicos no qual são realizadas as consultas do HIPERDIA. Toda a equipe de saúde do posto já está bem informada e acostumada com a mudança da rotina nos dias de intervenção. O número de pacientes que se aglomeram nos corredores é bem menor do que antes, pois hoje a população já aceita que atendimentos extras não serão possíveis, a não ser por alguma urgência/emergência. Os agentes de saúde estão nos ajudando na logística da espera pela consulta.

Enfim a unidade está totalmente adaptada a intervenção, os agentes fazem a busca ativa atentando sempre para os pacientes de risco, de acordo com história clínica do paciente que é acompanhado pela UBS. Quando se recebem pacientes por demanda espontânea com história ou suspeita de diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, ocorre agendamento da consulta, já são disponibilizados os exames e é feito o preenchimento inicial da ficha espelho.

Os ACS, já ao final da intervenção, resolveram de acordo com as reuniões disponibilizar um tempo no início das manhãs das segundas feiras, no horário do preparo dos pacientes, para ajudar a preencher as novas fichas espelho, dando mais um passo para a melhoria da intervenção que vai caminhando para cada vez mais ocorrer de forma organizada, sincrônica e abrangente.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

O projeto de intervenção com foco na atenção aos Hipertensos e Diabéticos da ESF Nordelândia – Natal/ RN, foi realizado no período de três meses e apresentou resultados em sua maioria positivos com relação às metas propostas inicialmente.

Objetivo Específico 1: Para ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta: 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta: 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético.

A meta de cobertura inicial era de pelo menos 40% de hipertensos e de 50% de diabéticos acima de 20 anos da área adscrita da unidade de saúde e, apesar de parte dessa população já estar cadastrada, os dados apresentavam-se desatualizados. Trabalhamos com a estimativa de 729 hipertensos e 208 diabéticos em nossa área. A cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos no primeiro mês de intervenção apresentava-se em 3,1% (22 pacientes) para hipertensos e 6,9% para diabéticos (12 pacientes). No segundo mês apresentou uma cobertura de 8,6% de hipertensos (60 pacientes) e de 21,4% (37) de diabéticos e atingiu ao final do terceiro mês de intervenção uma proporção de 17,4% (122 hipertensos) e 42,2% (73 diabéticos), sendo os resultados, bem abaixo do que pretendíamos, porém esse fato se deu por porque os demais profissionais não tiveram condições de ajudar, por motivos físicos e estruturais da unidade. Os ACS já tinham certo número de pacientes cadastrados, porém, foi aberto um novo livro para o recadastramento geral e atual dos hipertensos e diabéticos. Com a continuidade do projeto, acredita-se que logo será possível atingir os 100% da população.

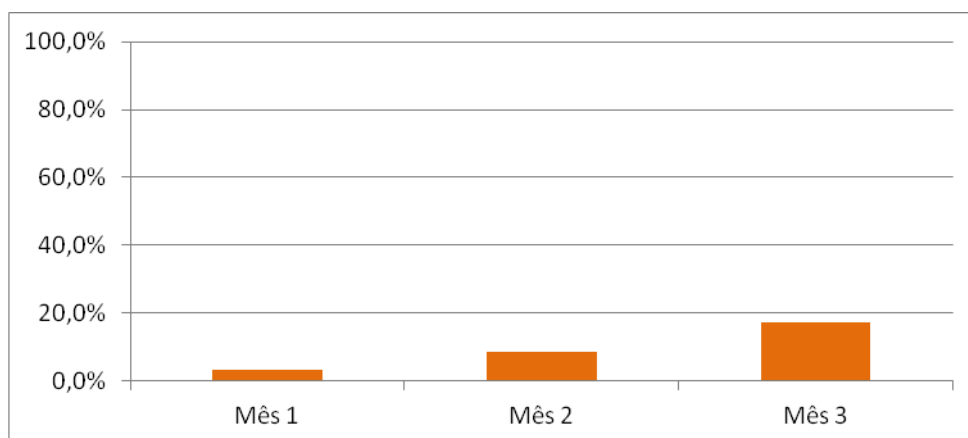


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na USF Nordelândia - Natal, RN, 2013. Total de 109 usuários.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

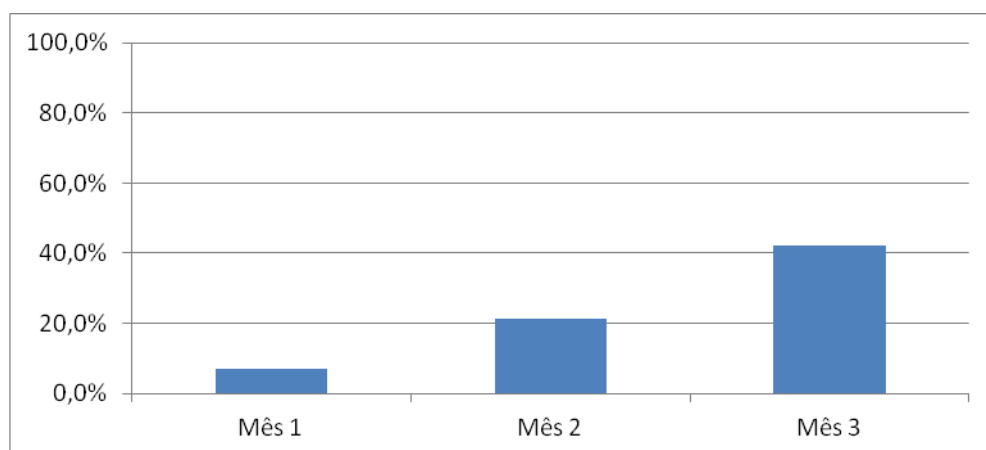


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na USF Nordelândia - Natal, RN, 2013. Total de 79 usuários

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

**Objetivo Especifico 2:** Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

**Meta: 2.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta: 2.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa

O novo cadastramento praticamente foi feito pelo médico da área e pelos ACS, mesmo assim ocorreram problemas com um agente que não entendeu ou que realmente atrapalhou parte da atualização. Os demais profissionais ficaram sem ter condições de ajudar devido à demanda reprimida dos seus respectivos atendimentos (dentista, enfermeiro e técnico de enfermagem).

A falta de pacientes à consulta médica é outro fator que dificulta o acompanhamento dos mesmos. Muitos pacientes retornam à consulta após três meses para a renovação da receita médica e quando a conseguem por outros meios deixam de comparecer. Outro fator que contribui para isso é que boa parte destes pacientes necessitam do acompanhamento do seu cuidador e este às vezes não está disponível no dia. A meta inicial proposta foi à busca ativa de 100% dos pacientes faltosos à consulta e destes, foram atingidos 66,7% dos hipertensos (16 pacientes) e 35,7% dos diabéticos (5 pacientes). Os agentes de saúde realizavam a busca ativa e explicavam a importância do acompanhamento para o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, assim como a investigação de complicações.

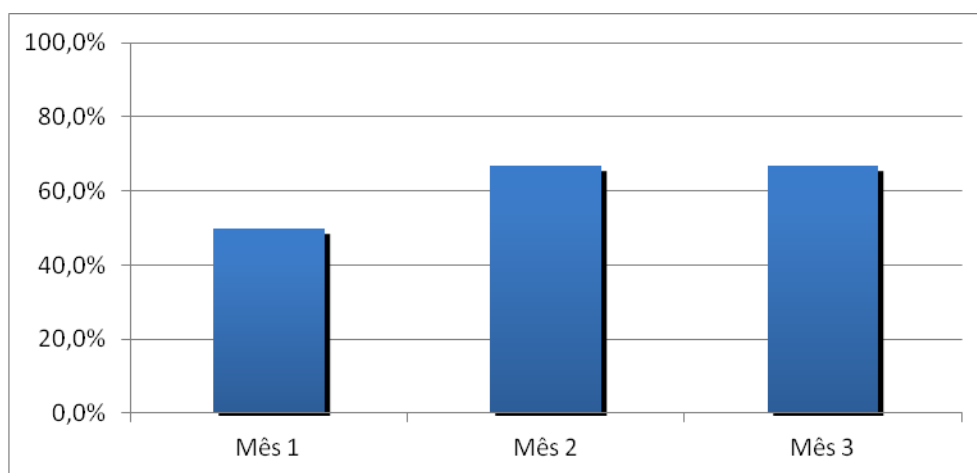


Figura 3 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia faltosos à consulta com busca ativa – Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

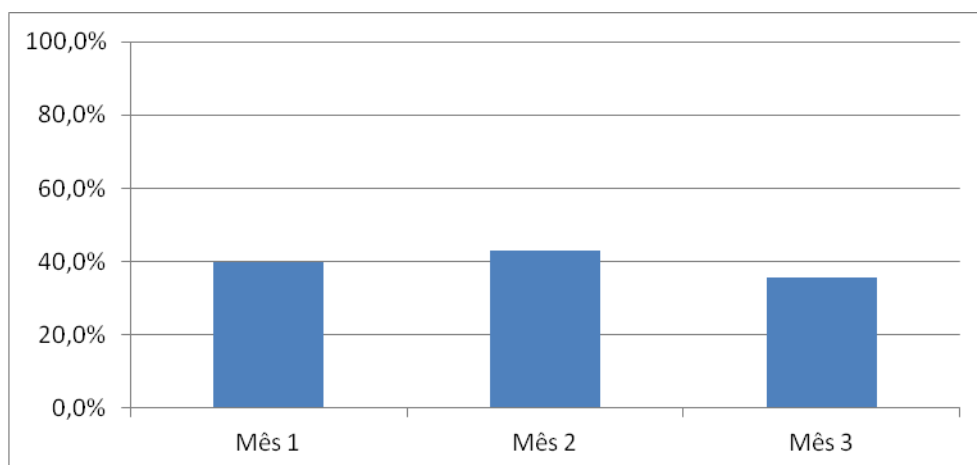


Figura 4 - Proporção de diabéticos da USF Nordelândia faltosos à consulta com busca ativa Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

**Objetivo Específico 3:** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta: 3.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta: 3.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O exame clínico conforme preconizado nos protocolos do Ministério da Saúde foi realizado para grande parte dos pacientes. No primeiro mês ocorreram 90,9% dos exames clínicos em dia dos hipertensos (20 pacientes) e 91,7% dos exames dos diabéticos (11 pacientes). No segundo mês ocorreram 90% (54) dos exames clínicos em dia dos hipertensos e 97,3% dos diabéticos (36 pacientes), já no terceiro os números foram de 82,8% dos hipertensos (101 pacientes) e 95,9% dos diabéticos (70 pacientes).

Verificou-se grande aproveitamento em relação aos exames clínicos para os pacientes que tiveram a oportunidade de entrar no programa, assim atingindo a meta de quase 100% dos pacientes cadastrados. Para os demais exames, como fundo de olho e função renal, ocorreu a necessidade de encaminhamento para as devidas especialidades, em função da falta de glicosímetro e de oftalmoscópio na unidade.

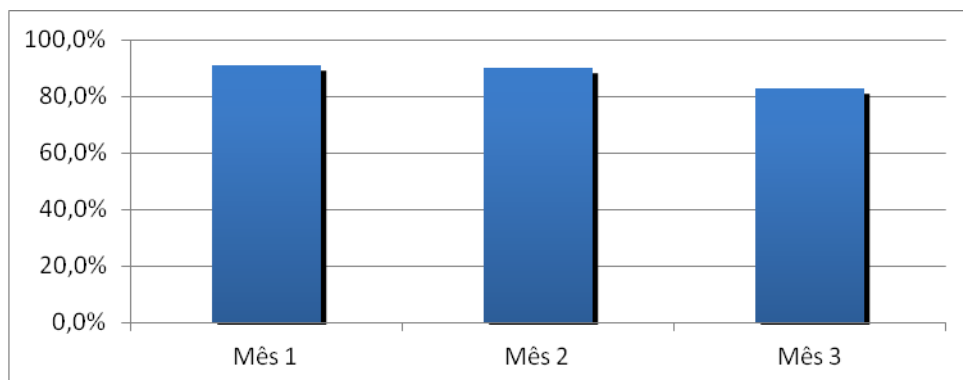


Figura 5 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo - Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

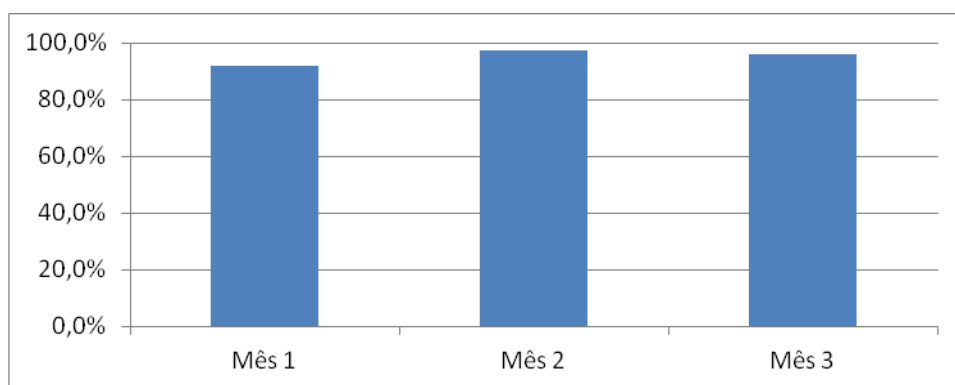


Figura 6 - Proporção de diabéticos da USF Nordelândia com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo - Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

Meta: 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 3.4: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares, foram solicitados para todos os pacientes que no período de 3 meses, não tinham realizado exames ou não dispunham de exames atuais. Muitos pacientes já chegavam com os resultados na mão, porque conseguiam adiantar a solicitação através dos pedidos pelos ACSs, onde foi possível constatar a boa eficácia do sistema laboratorial da área. Alguns exames mais específicos e difíceis demoravam a chegar ou não eram realizados, como

ecocardiograma, cintilografia e teste ergométrico. Foram encaminhados também muitos usuários para a cardiologia, principalmente os que nunca tiveram consulta previa e que apresentavam algum risco. No primeiro mês 50% dos pacientes hipertensos (11) apresentaram os exames complementares em dia, no segundo mês 50% (30) e no terceiro ocorreu uma queda para 46,7% (57 pacientes) dos hipertensos com exames complementares em dia. Para os pacientes diabéticos 58,3% (7 pacientes) no primeiro mês, no segundo mês 59,2% (22 pacientes) e no terceiro 60,3%, (44 pacientes) com exames complementares em dia.

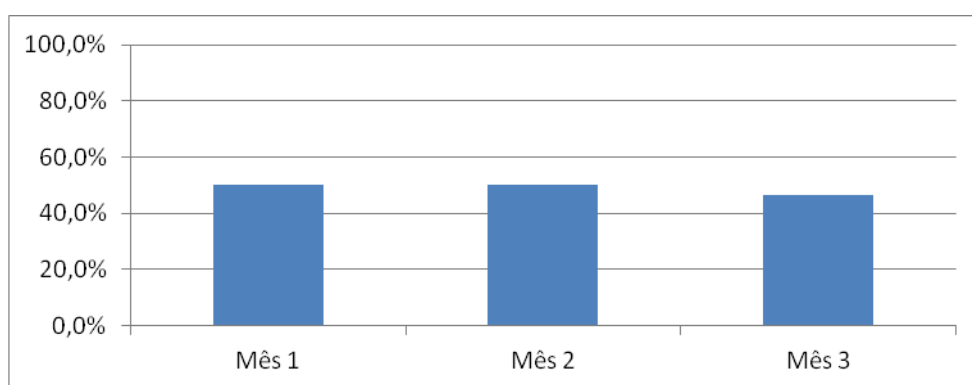


Figura 7 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com exames complementares em dia - Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

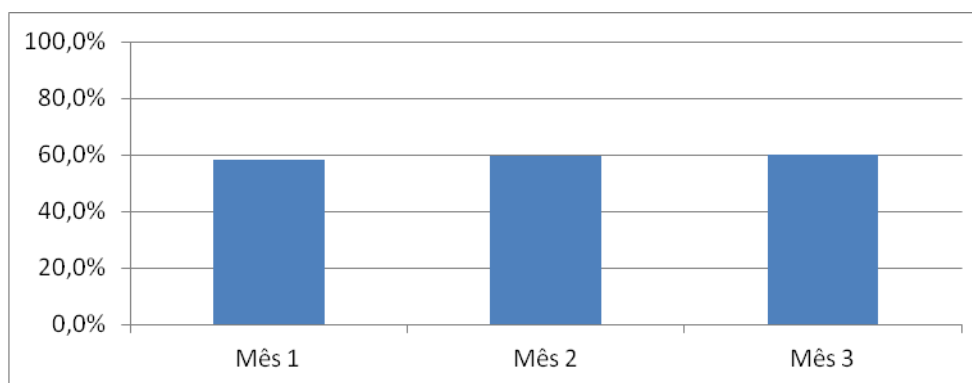


Figura 8 - Proporção de diabéticos da USF Nordelândia com exames complementares em dia - Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

Meta: 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta: 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



Indicador 3.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Indicador 3.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Com relação à prescrição de medicamentos, a maioria dos usuários têm prescrito medicamentos que estão disponíveis gratuitamente na Farmácia Popular, sendo estes 100% dos hipertensos (122) e 100% dos diabéticos (73). Usuários dependentes de insulina retiram na unidade, juntamente com as seringas e agulhas.

A UBS de Nordelândia sofre por uma extrema falta de medicamentos na própria unidade, onde somente poucos medicamentos chegam e em pouca quantidade, entre eles alguns antibióticos e anti-inflamatórios, porém o que salva a população carente é o programa da farmácia popular.

Objetivo Especifico 4: Melhorar o registro das informações

Meta: 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O registro de pacientes é mais um grande problema enfrentado na unidade, que passava por uma desorganização grande em relação aos prontuários, onde nem mesmo as capas dos prontuários eram fornecidas. Assim se não fosse à ajuda da comunidade comprando cartolina e dos funcionários do posto para produzi-los, não seriam atingidas as metas. No registro adequado dos pacientes hipertensos tivemos no mês 1, 100% (22 pacientes), no mês 2, 93,3% (56) e no mês 3, 86,1% (105 pacientes). Já no registro dos diabéticos, ocorreu um êxito de 100% nos três meses de intervenção, registrando todos os usuários que foram atendidos no posto de saúde, totalizando 73 pacientes.

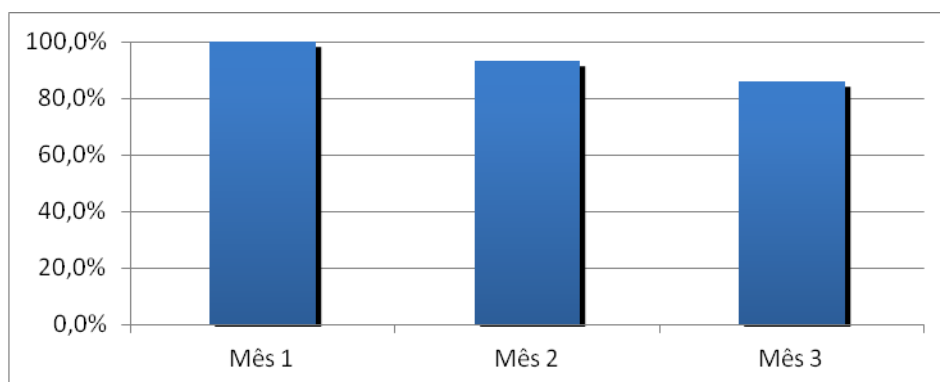


Figura 9 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com registro adequado de acompanhamento - Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

**Objetivo Específico 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta: 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta: 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

**Indicador 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Percebeu-se uma estratificação de risco para os hipertensos no mês 1 de 100% (22), mês 2, 93,3% (56) e mês 3 de 86,1% (105 pacientes). A estratificação de risco para os diabéticos, foi de 100% nos 3 meses de intervenção, sendo 12 pacientes no primeiro mês, 37 no segundo mês e 73 no último mês de intervenção.

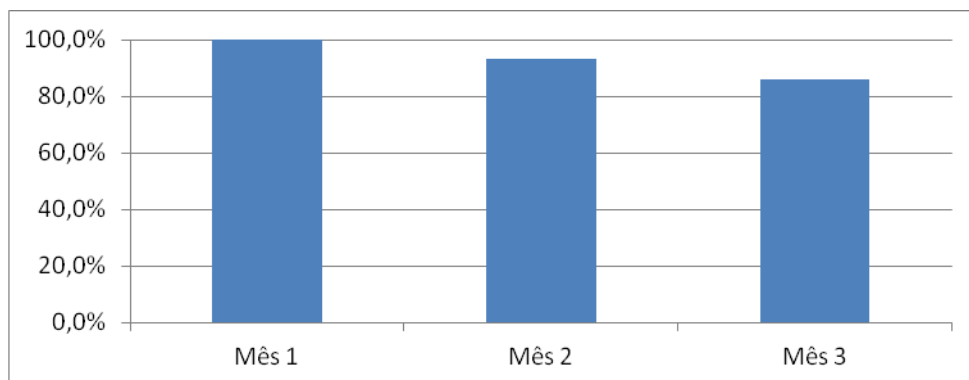


Figura 10 - Proporção de hipertensos da USF Nordelândia com avaliação clínica de estratificação para risco cardiovascular - Natal, RN, 2013

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

Objetivo Especifico 6: Promoção da saúde.

Meta: 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta: 6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

O serviço odontológico ficou defasado e a desejar, porém, mais uma vez por falta de estrutura física. Desde o início do ano que a odontologia estava fechada por falta de equipamento adequado. A gestão municipal passada tinha praticamente arruinado com a odontologia da cidade, não fornecendo assistência técnica às máquinas e não renovando o estoque de insumos necessários, nem muito menos comprando novos equipamentos. No retorno da odontologia da unidade, verificou-se a grande realidade da demanda reprimida de mais de um ano sem consulta, assim, ficando sem condições de atender os usuários do programa. Não foi possível realizar esta ação pelos motivos já citados.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Como atenção primária, todos conhecem a importância dos hábitos de vida para uma vida saudável. As orientações acerca da nutrição, atividade física e cessação do tabagismo foram divulgadas e enfatizadas durante todas as consultas, visitas domiciliares e reuniões em grupo realizadas mensalmente. Aqueles pacientes que apresentavam dúvidas específicas com relação à dieta foram encaminhados à nutricionista. As orientações foram dadas a praticamente todos os pacientes, tanto pelo médico, como pelas agentes de saúde. Nos lanches oferecidos nas reuniões mensais com os hipertensos e diabéticos passou a ser oferecido iogurte ou suco de frutas, ao invés de bolachas, bolo e refrigerante. A proporção de hipertensos com orientação nutricional no mês 1 foi de 100% (22), no mês 2 foi de 93,3% (56) e no terceiro mês foi de 86,1% (105 pacientes). Para o grupo de usuários diabéticos a orientação foi de 100% nos três meses de intervenção, totalizando 73 pacientes.

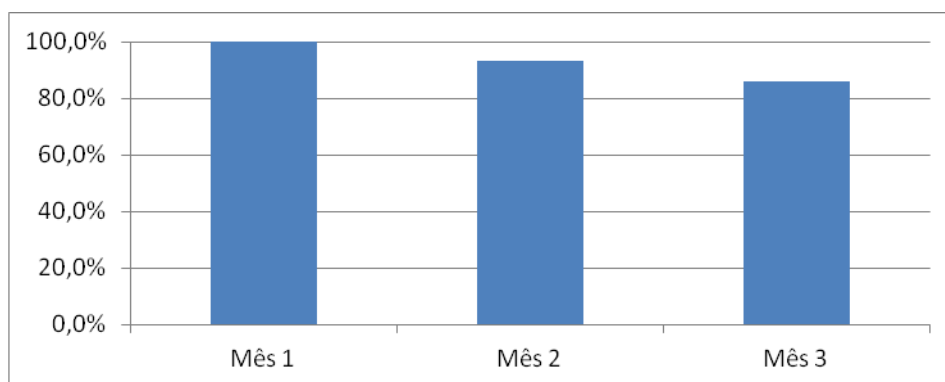


Figura 11 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Nordelândia - Natal 2013

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Foi ministrado em uma das reuniões as mais diversas explicações, sobre alimentação saudável e prática de atividade física, onde foi possível enfatizar a grande importância para o tratamento e o ganho que o usuário teria ao aderir as práticas. Em todas as consultas o assunto atividade física era abordado e proposto como mais uma arma terapêutica.

A orientação para a prática de atividade física dos hipertensos, no primeiro mês foi de 100% (22), no segundo mês de 93,3% (56) e no terceiro mês de 86,1% (105). Os diabéticos foram 100% orientados nos 3 meses de intervenção, sendo 12 pacientes no primeiro mês, 37 no segundo mês e 73 no último mês de intervenção.

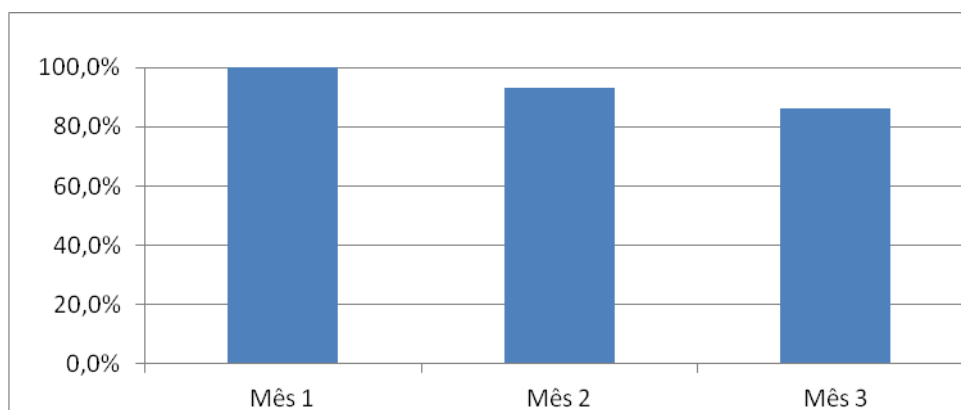


Figura 12- Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física - regular na USF Nordelândia- Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo foi realizada para todos os pacientes e todos eles, até mesmo aqueles que não fumavam, receberam orientações. Com relação aos fumantes, também foi estimulada a cessação do tabagismo.

Hipertensos com orientação sobre risco de tabagismo, no mês 1 foram 100% (22), no mês 2, 93,3% (56) e no mês 3 um percentual de 86,1% (105 pacientes). Concluímos 100% dos diabéticos atendidos na unidade que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo nos três meses da intervenção.

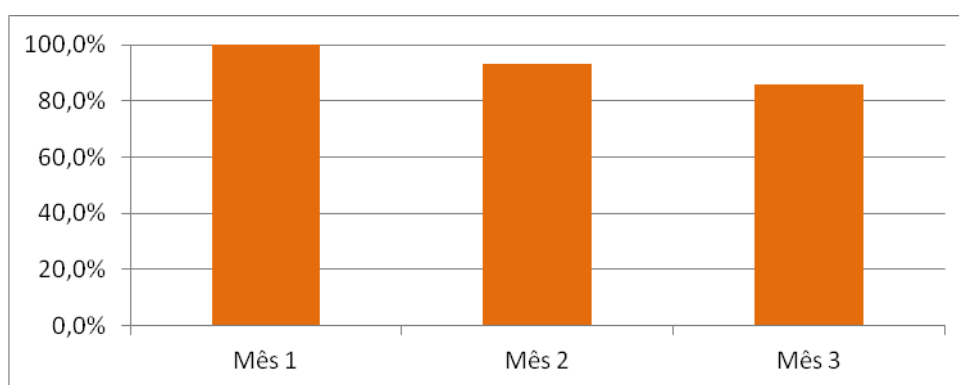


Figura 13- Proporção de hipertensos da USF Nordelândia que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo - Natal, RN, 2013.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Nordelândia – Natal/RN (2013).

## 4.2 Discussão

O cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos na USF Nordelândia permaneceu desatualizado e desorganizado por muito tempo. Durante o projeto de intervenção para a melhoria do programa HIPERDIA, foram realizados o cadastramento e registro, assim como o acompanhamento regular e sistematizado do pacientes, o que com certeza permitiu prevenir, prever e tratar as complicações dessas comorbidades, o que irá em longo prazo, auxiliar para a redução dos riscos e complicações, responsáveis pela maior parte das morbimortalidades dos pacientes.

A intervenção fez com que a equipe trabalhasse com um objetivo em comum, ampliar, melhorar e cadastrar o programa HIPERDIA, porém cada um responsável pelas suas atribuições, como os ACS em fazer a busca ativa, relacionar e identificar os pacientes no perfil esperado. O médico com os exames, consulta e cadastramento dos pacientes. A enfermeira ajudou nos encontros com nossos grupos, assim como fez a capacitação dos ACS. Os agentes comunitários de saúde participavam esclarecendo a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando sobre as medidas de prevenção; rastreando e identificando pacientes com fatores de risco para hipertensão e/ou diabetes; encaminhando quando necessário os pacientes para a consulta com o médico; realizando a busca ativa de pacientes faltosos; perguntando sempre ao paciente hipertenso e/ou diabético se o mesmo estava tomando com regularidade os medicamentos e se estava cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. Apesar de algumas falhas, desentendimentos, precariedade de material e profissionais, conseguimos ao final da intervenção propiciar uma melhor organização e cobertura aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Um das dificuldades que tive foi com um dos agentes de saúde, que por ser mais antigo e de grande resolutividade, não quis ajudar a princípio ou não entendeu muito bem, como funcionava a intervenção. Todas as segundas feiras quando os usuários vinham até a unidade conforme agendado pelos próprios ACS, ocasionava-se problema com tais usuários escolhidos por esse agente. Sempre chegavam usuários sem nenhum quadro relacionado à hipertensão ou diabetes, fugindo assim o andamento da intervenção e tirando a oportunidade de outros usuários. Foram necessárias várias conversas em grupo e até mesmo uma conversa em particular com ele. Foi necessário esclarecer a ele que todos os demais dias podiam servir para esse fim, mas que na segunda, o ideal seria somente hipertensos e diabéticos.

Inicialmente, parte da equipe via a intervenção apenas como um projeto do médico, mas com a melhoria da qualidade da cobertura perceberam que o projeto era da equipe, para a comunidade. A intervenção fez com que fosse criado de forma organizada um cadastramento dos hipertensos e diabéticos, diminuindo a ansiedade da população por uma consulta nessa área, de forma aleatória e descontrolada. A busca por exames laboratoriais sem controle também foi resolvida com esta melhor cobertura.

O início da intervenção causou certo desconforto nos pacientes, deixando-os na espera por mais tempo que o normal, assim causando reclamação inicial de todos eles, fato esse que com o passar das consultas já era motivo de proteção destes. Alguns pacientes agradeciam demasiadamente pela consulta bem feita e detalhada, assim entendendo a demora de cada uma. Pacientes chegaram a comentar que nunca um médico chegou a pedir pra eles tirarem a camisa, nem muito menos os sapatos.

A unidade de Nordelândia, sempre passou por dificuldades relativas à falta de medicamentos, onde até mesmo se chegasse algum usuário que necessitasse de urgência, não conseguiria ser atendido por não haver nem mesmo medicação para hipertensão. O fato de não ter medicação já foi comunicado ao gestor, porém sem nenhuma resolução até então. A grande totalidade da população que faz uso de drogas anti-hipertensivas e hipoglicemiantes faz a retirada nas farmácias populares, conjunto de farmácias da rede privada que recebe recurso do governo, para ceder a medicação para hipertensos e diabéticos, gratuitamente. Caso a farmácia popular não existisse, acredita-se que o número de óbitos aumentaria muito na comunidade.

A continuação da intervenção estará praticamente nas mãos do próximo profissional médico que chegar a unidade, uma vez que o médico atual termina agora no fim de fevereiro a jornada de um ano de trabalho na UBS de Nordelândia. O projeto está todo esquematizado e adaptado a rotina do serviço, deixando para o próximo médico um trabalho bem mais organizado.

A equipe de saúde de Nordelândia, já incorporou a intervenção em sua rotina, fazendo cada vez melhor a triagem e a busca por pacientes mais necessitados, conseguindo inclusive muito vínculo de confiança com os novos usuários. As receitas são renovadas por agendamento, sempre nas últimas duas semanas antes do vencimento dos 3 meses, e também é conversado sobre uma nova consulta com alguns usuários, caso o mesmo esteja em descontrole ou não conseguindo uma boa adaptação com a medicação. Alguns pacientes já relatam mais as suas queixas aos ACS e com isso já chegam com parte dos problemas para serem resolvidos. Está sendo sempre orientado aos ACS, sobre o manuseio dos medicamentos, onde é dito que no máximo o paciente pode suspender a medicação caso se queixe de tonturas, tosse ou desmaios, porém nunca aumentar a dosagem em caso de uma pressão arterial ainda acima do normal. Os ACS estão cada vez aprendendo mais sobre tais

comorbidades, ao ponto de fazerem orientações corretas, assim diminuindo a ansiedade dos usuários por uma nova consulta.

Contamos por fim que a situação odontológica seja resolvida, colocando a demanda reprimida em dia, assim podendo acrescentar esses dados nos pacientes já cadastrados e nos novos que vão surgir. Gostaríamos assim da melhor cobertura e da disponibilização de um mínimo de recursos para a continuidade do programa.

A situação da odontologia já é de conhecimento da gestão, onde com a pressão dos profissionais da unidade e da população, uma nova cadeira de dentista e um material novo foi encaminhado para a nossa unidade, porém a demanda reprimida por vários meses se torna prioridade após a tentativa de regularidade do caso. O problema estrutural do posto é uma situação já bem conhecida pela secretaria e pela prefeitura, inclusive a casa onde funciona o posto de saúde, esta ate em processo de despejo. A gestão está na tentativa de um novo aluguel ou de renovar o atual.

A intervenção foi de grande importância para que a equipe se conscientizasse que podemos estar sempre construindo nossos conhecimentos e melhorando a qualidade da assistência, sem contar que a união da equipe encoraja todos a buscar implementar mudanças na rotina, sem atrapalhar o dia a dia de trabalho de cada um. A intervenção serviu para mostrar que os programas podem ser encarados como desafios possíveis, mesmo diante de toda adversidade estrutural e de recursos.

Se a intervenção fosse iniciada hoje, iria iniciar com uma preparação melhor e mais detalhada dos agentes comunitários de saúde, para que pudessem ajudar no cadastramento de um número bem maior dos usuários da unidade. Seria feito um apelo para os gestores, na tentativa de conseguir ter o mínimo de material pelo menos para a parte de diagnóstico da intervenção, buscando as fitas de HGT, mais tensiômetros e estetoscópios. Seria organizado mutirão em alguns dias para a solicitação dos exames.

A melhoria da atenção na UBS Nordelândia, a princípio, está nas mãos da gestão, para que aluguem outro local ou renovem o próprio prédio. Após tal ação, as duas equipes que estão na comunidade devem trabalhar com novos agendamentos dos grupos, organizar os dias de reunião com a comunidade, fazer permanente treinamento não só com os ACS, mas com todos da equipe para que não fique apenas com os médicos e enfermeiros a responsabilidade da atenção à saúde.



Todos os profissionais que prestam assistência precisam estar prontos para passar informações e tomar condutas simples, fazendo com que a mudança aconteça.

### **4.3 Relatório para os gestores**

Caros Gestores,

Ao longo do ano de 2013, foi possível vivenciar grandes experiências e aprendizado junto à unidade básica de saúde Nordelândia, em sua estratégia saúde da família. Como equipe, temos como maior objetivo e satisfação profissional promover a saúde, baseados nos três princípios éticos/doutrinários do SUS, que são a universalidade, a integralidade e a equidade.

Apesar das dificuldades a qual são enfrentadas diariamente, o trabalho em equipe, compromisso, esforço e dedicação permitindo que todos possam ir além do que imaginasse o que leva a alcançar grandes resultados. Por este motivo, ao ocorrer à análise das fragilidades e as necessidades da unidade básica, percebe-se que a cobertura da população hipertensa e/ou diabética da área apresentava-se deficiente, desatualizada e com diversos pontos a desejar.

O papel da gestão no processo de trabalho e organização da unidade básica é de grande importância, uma vez que é responsável pela dinâmica e estratégia de resolver os desafios dos anseios da comunidade a partir dos recursos disponíveis. A equipe contou com o apoio da direção e administração dentro dos limites possíveis apesar da burocracia e das dificuldades a qual o SUS vem enfrentando, tais como a falta de recursos financeiros e materiais.

O projeto de intervenção teve início em setembro de 2013, orientado pelo Curso de Especialização da Universidade Federal de Pelotas e pelo Programa de Valorização da Atenção Básica, com o tema “Melhoria na atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Nordelândia, no município de Natal-RN”. O projeto teve como principal objetivo ampliar e melhorar a cobertura dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da área abrangente, afim de, a partir de um acompanhamento organizado e sistemático, otimizar tanto o processo de trabalho da unidade como também controlar e reduzir as taxas de morbimortalidade decorrentes das condições clínicas em questão.

Durante o ano enfrentou-se diversas falhas, principalmente ligadas a falta de profissionais, material e espaço adequado. A falta de dentista foi responsável pela

total falta de assistência odontológica da área como já enfatizado várias vezes, em que por motivo de falta de material odontológico primordial e necessário, a unidade passou dois anos praticamente sem atendimento, e quando retornou a demanda reprimida era tanta que não dava pra conciliar e agregar com o projeto do HIPERDIA. Outro grande problema é a falta de material adequado, os quais foram solicitados por diversas vezes, tais como tensiômetro adequado e glicosímetro. A falta de espaço físico também foi mais um percalço, e por conta própria os profissionais solicitaram outro local (biblioteca) para a realização das atividades com a comunidade, mesmo sabendo que o acesso não era adequado.

O projeto de intervenção teve início com planejamento e metas a serem alcançadas ao longo de três meses, sendo estas de 40% de cobertura para os hipertensos e 50% para os diabéticos. Foi realizada a capacitação e as orientações das atribuições de cada profissional (médico, enfermeiro e agentes de saúde) para que, a partir daí iniciássemos as metas: cadastramento de todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos, busca ativa de faltosos, exame clínico e físico sistematizado, de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes (BRASIL, 2006), reuniões educativas em grupo, garantia das prescrições médicas de todos os medicamentos relativos ao atendimento a usuários hipertensos e diabéticos, estímulo a mudanças no hábito de vida (alimentação saudável, prática regular de atividade física e cessação do tabagismo) e rastreo de pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Ao final da intervenção atingiu-se uma cobertura de 17% de hipertensos e 42% de diabéticos, mas apesar de não ter alcançado a meta inicial (pelo menos 40 e 50% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos respectivamente), foram alcançados ótimos resultados em quase todas as metas propostas, melhorando os indicadores de registro de informações, promoção da saúde que já estavam bem desatualizadas e sem parâmetros para comparações (quase 100% dos pacientes orientados quanto à alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabagismo), qualidade de atendimento (exame clínico sistematizado para 86,1% dos hipertensos e 100% dos diabéticos), adesão da comunidade, entre outros. Infelizmente a meta da cobertura odontológica permaneceu nula durante todo o ano. Verificou-se no final do terceiro mês de intervenção e com os resultados da mesma, que boa parte dos objetivos do programa podem ser alcançados apenas com o engajamento da equipe, porém muito ainda pode ser melhorado se contarmos com o apoio da gestão

para a resolução de problemas como a falta de profissionais e recursos materiais. A equipe saúde da família deve contar com o apoio indispensável da gestão para que o programa seja efetivo e principalmente tenha qualidade.

A continuidade do projeto de intervenção permitirá, a longo prazo, beneficiar a relação dos profissionais da UBS com a comunidade, melhorar os indicadores de saúde e facilitar e otimizar o processo de trabalho da equipe.

#### **4.4 Relatório para a comunidade**

À comunidade.

Durante os últimos três meses ocorreu o desenvolvimento um projeto de intervenção na unidade de saúde de Nordelândia, buscando melhorar a saúde de hipertensos e/ou diabéticos desta área. O projeto tem como objetivo cadastrar e acompanhar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos para que ocorra controle, avaliação dos riscos e correção das fragilidades e deficiências do processo de trabalho.

Através do trabalho em equipe, foi possível coletar dados do maior número de hipertensos e diabéticos possível, acompanhá-los através da consulta médica, e da ação dos agentes comunitários de saúde, para que pudéssemos prevenir e tratar a doença e suas complicações com mais cuidado. A participação ativa da comunidade é de grande importância em ações como: comparecer às consultas agendadas, participar das reuniões mensais em grupo, seguir as orientações fornecidas pelos profissionais, expor as suas dificuldades perante o sistema de saúde e junto aos gestores, entre outros.

Com o projeto de intervenção a consulta tornou-se mais completa, com o exame físico e clínico mais direcionado. Além disso, as reuniões se tornaram mais dinâmicas e mais coerentes com a proposta da promoção da saúde. Ocorreu a oferta de lanches e orientações para um hábito de vida saudável e contamos com um número cada vez maior de usuários às reuniões em grupo. Ao longo dos três meses de intervenção obtivemos resultados como: aumento da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, com 17,4% de hipertensos (122 usuários) e de 42,2% de diabéticos, (73 usuários); melhoria da qualidade do atendimento com a realização dos exames clínicos em 82,8% hipertensos (101 usuários) e 95,9% diabéticos (70 usuários) e exames complementares apropriados para 46,7% dos

hipertensos (57 usuários) e 60,3% diabéticos (44 usuários); foram fornecidas orientações sobre saúde mais frequentes e mais adequadas, além de controle e melhoria dos registros para 86,1% hipertensos (105 usuários) e 100% dos diabéticos (73 usuários), além da confecção de prontuários para cada paciente com o auxílio da equipe e da comunidade.

É esperado, com a ajuda da comunidade, melhorar o acolhimento, promover estratégias de prevenção e promoção de saúde, garantir os medicamentos do HIPERDIA e os exames complementares necessários, para que possamos trazer cada vez mais qualidade ao atendimento e à vida da comunidade. Além disso, o trabalho realizado junto aos hipertensos e/ou diabéticos poderá servir como exemplo para a elaboração de estratégias de organização para os demais grupos: gestantes, crianças, idosos, etc.

## 5 Reflexão Crítica Sobre o Processo de Aprendizagem

O processo de aprendizagem em qualquer especialização é sempre um grande desafio, porém o processo junto a Universidade Federal de Pelotas, onde tudo foi feito a distância e precisando de uma construção junto com o curso, tornou meu processo bastante único e exigiu sacrifício muito maior do que seria se fosse um processo presencial.

A forma como é feita a orientação e procura constante por um *feedback*, faz com que o aluno procure batalhar em busca das informações, se mobilizar junto à comunidade e também junto à gestão. O aluno tem que aprender a se atualizar quanto às habilidades junto à informática, para conseguir também acompanhar a programação. Aprender a fazer e ler planilhas voltadas a área científica, formatar textos científicos, enviar relatórios entre tantas ferramentas utilizadas, nos força a atualizar conhecimentos em paralelo com o desenvolvimento da medicina.

Trabalhar inserido na unidade de saúde de Nordelândia, na zona norte da cidade de Natal, no bairro de Nova Natal, trabalhando como médico, no meu primeiro emprego como profissional formado, fez com que o processo de aprendizado se tornasse inesquecível. Ser jovem e ter que coordenar e até mesmo dar ordens a funcionários de anos de trabalho na aérea faz um mero estudante amadurecer pra se tornar com suas próprias pernas, um profissional respeitado, que lida com a vida das pessoas de uma comunidade de mais de 10 mil pessoas.

A especialização se concretizou com o ensinamento do nosso próprio caminho, trilhando passo a passo, indo à busca dos objetivos e tentando superar as dificuldades que são muitas, concertando os próprios erros e trabalhando para sempre melhorar aquilo que já foi construído.

Trabalhar durante um ano na saúde pública, diante de uma realidade cheia de problemas, de uma população carente, infraestrutura precária e praticamente sem recursos, só me fez crescer em procurar maneiras e meios de aprender enquanto profissional medico, em tentar ajudar de maneira simplificada a população daquela unidade básica. A aproximação com a porta de entrada do SUS me fez também perder o medo de clinicar e enfrentar os problemas, fazendo com que eu me interessasse cada vez mais em estudar pra ajudar na saúde pública, já que na graduação só temos 3 meses em contato com essa realidade, então posso dizer que só me fez crescer como profissional.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB**. 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Guia prático do agente comunitário de saúde. 206 p. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: **Textos Básicos de Atenção à Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. 56 p. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. 58 p. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Diabetes Mellitus**. 64 p. Brasília: DF, 2006c.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. 232 p. Brasília, DF, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1 [cited 2014-01-29], pp. I-III . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066)>.

## **Anexos**



 Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Número do Prontuário:\_\_\_\_. Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo:\_\_\_\_. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_. Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_. Telefones de contato:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não      Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm      Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						



 Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS


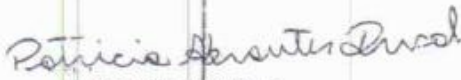
[illegible]



## Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

[illegible][illegible]

## Anexo C - Documento do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	